

□■2018年2月1日臨時配信 通算108号□■

## CONTENTS

／／／シリーズ 30年同時改定をうらなう (16)

■シリーズ 30年同時改定をうらなう (16) ■

平成30年の医療・介護同時改定に向けて最新の情報のなかからケアマネジメントに関わりが深いものを厳選し、メディカル・テン代表の宮坂佳紀氏に連載していただきます。

今回はメルマガ臨時号(107号)1月30日発信の内容以外の項目(訪問入浴介護、福祉用具貸与、居住系サービス、介護保険施設)についてポイント紹介したい。

### 1. 訪問入浴介護

(1) 報酬の引上げ( )内は旧報酬  
介護予防訪問入浴介護 845単位(834単位)  
訪問入浴介護 1250単位(1234単位)

(2) 同一建物減算(訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、夜間対応型訪問介護も同様)  
20名以上で10%(①と③)、50名以上で15%減算(②)

- ①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者(②に該当する場合を除く。)
- ②上記の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合
- ③上記①以外の範囲に所在する建物に居住する者(当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)

### 2. 福祉用具貸与

(1) 貸与価格の上限設定等  
○2018年10月から全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限設定が実施される。  
・上限設定は商品ごとに実施され、「全国平均貸与価格+1標準偏差(1SD)(※)」が上限。  
※【全国平均貸与価格+1標準偏差(1SD)】  
①上位約16%に相当(正規分布の場合)  
②離島などの住民が利用する場合などは、交通費に相当する額を別途加算  
③上限を超えた価格で貸与しようとする場合は、保険給付の対象外の取扱い  
・2019年度以降、新商品についても、3ヶ月に1度の頻度で同様の取扱いとする。  
・公表された全国平均貸与価格や設定された貸与価格の上限は、2019年度以降も、概ね1年に1度の頻度で見直しされる。  
・全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限設定を行うに当たっては、月平均100件以上の貸与件数がある商品について適用。  
なお、上記については、施行後の実態も踏まえつつ、実施される。

(2) 機能や価格帯の異なる複数商品の揭示等

○利用者が適切な福祉用具を選択する観点から、運営基準が改正され、福祉用具専門相談員に対して、以下の事項を義務づけられる。

- ・貸与しようとする商品の特徴や貸与価格に加え、当該商品の全国平均貸与価格を利用者に説明する。
- ・機能や価格帯の異なる複数の商品を利用者に提示する。
- ・利用者に交付する福祉用具貸与計画書をケアマネジャーにも交付する。

### 3. 短期入所生活介護

(1) 基本報酬 従来型個室と多床室との間の報酬の差を適正化

○単独型、併設型とも従来型個室及びユニット型は引上げ（予防含む）

○単独型、併設型とも多床室の要支援1、2の報酬は引上げ。要介護は引下げ

(2) 看護体制加算の算定要件見直しと要介護3以上70%以上の受入を評価

看護体制加算の算定要件一覧

項目	看護体制加算 (I)	看護体制加算 (II)	看護体制加算 (III) (新設)		看護体制加算 (IV) (新設)		看護体制加算算定なし
	要件と報酬改定なし		イ	ロ	イ	ロ	
報酬 (1日)	4単位	8単位	12単位	6単位	23単位	13単位	
看護体制要件	常勤看護師1名以上	単独型は看護職員数(常勤換算方法)利用者数25又はその端数を増すごとに1以上 併設型は看護職員数(常勤換算方法)入所者+利用者数25又はその端数を増すごとに1以上。かつ看護職員数に1を加えた数以上 事業所の看護職員又は病院、診療所、訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保	看護体制加算 (I) と同様		看護体制加算 (II) と同様		
中重度者受入要件			前年度又は前3月間の利用者総数のうち、要介護3以上の利用者が70%以上				
定員要件			29人以下	30人以上 50人以下	29人以下	30人以上 50人以下	
併算定の可否	(III)のイ、ロと併算定不可	(IV)のイ、ロと併算定不可	(III)と(IV)は併算定可				
在宅中重度者受入加算の報酬との関連	421単位	417単位	421単位		417単位		425単位
	(II)(IV)イロを算定していない場合	(I)(III)イロを算定していない場合	(II)(IV)イロを算定していない場合		(I)(III)イロを算定していない場合		
	(I)又は(III)イ若しくはロ及び(II)又は(IV)イ若しくはハをいずれも算定している(413単位)						

医療連携強化加算(1日58単位)(在宅中重度者受入加算と併算定不可)の施設基準に看護体制加算(II)または(IV)((II)に新設された(IV)が追加)の算定が要件となった。

(3) 夜勤職員配置加算（予防除く）

①特養併設型における夜勤職員の配置基準の緩和

○以下の要件を満たす場合には、夜勤職員の兼務を認める。

- ・短期入所生活介護事業所と特別養護老人ホームが併設されている
- ・夜勤職員1人あたりの短期入所生活介護事業所（ユニット型以外）と特養（ユニット型）の利用者数の合計が20人以内である

※ 逆の場合（短期入所生活介護事業所（ユニット型）と特養（ユニット型以外））も同様。

②併設型の基準見直し

i 利用者数25以下の併設事業所は、併設本体施設で必要な夜勤介護職員又は看護職員に加えて、1以上

ii 利用者数26以上60以下の併設事業所は、併設本体施設で必要な夜勤介護職員又は看護職員に加えて、2以上

iii 利用者数61以上80以下の併設事業所は、併設本体施設で必要な夜勤介護職員又は看護職員に加えて、3以上

iv 利用者数81以上100以下の併設事業所は、併設本体施設で必要な夜勤介護職員又は看護職員に加えて、4以上

v 利用者数101以上の併設事業所は、併設本体施設で必要な夜勤介護職員又は看護職員に加えて、4に、利用者数が100を超えて25又はその端数を増すごと1を加えて得た数以上

③(Ⅲ)(Ⅳ)が新設され4区分となった。

<現行>

従来型の場合(Ⅰ):13単位/日

ユニット型の場合(Ⅱ):18単位/日

<改定後>

従来型の場合(Ⅰ):13単位/日

ユニット型の場合(Ⅱ):18単位/日

従来型の場合(Ⅲ):15単位/日(新設)

ユニット型の場合(Ⅳ):20単位/日(新設)

○施設基準

現行の要件（夜勤時間帯の夜勤職員数：夜勤職員の最低基準+1名分の人員を多く配置）

に加えて、夜勤時間帯を通じて、看護職員を配置又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置（登録喀痰吸引等事業者として都道府県の登録が必要）が(Ⅲ)(Ⅳ)の要件となった。

○見守り機器を導入した場合の夜勤職員配置加算(Ⅰ)(Ⅱ)の要件として以下が追加

- ・夜勤時間帯の夜勤職員数：夜勤職員の最低基準+0.9名分の人員を多く配置
- ・入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者数の15%以上に設置している。
- ・施設内に見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われている。

※介護老人福祉施設なども同様の見直し

(4) 生活機能向上連携加算（1月200単位）（介護予防短期入所生活介護含む）（新設）

○個別機能訓練加算を算定している場合は1月100単位

○訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、事業所を訪問し、事業所の機能訓練指導員等と共同してアセスメント（利用者の心身の状況を勘案し、自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握する）及び利用者の身体状況等の評価をした上で、個別機能訓練計画を作成している。

○個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供している。

○機能訓練指導員等が理学療法士等と連携し、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月に1回以上評価し、必要に応じて利用者又はその家族に対して機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、訓練内容等の見直し等を行っている。

(5) 認知症専門ケア加算の新設（介護予防短期入所生活介護を含む）

認知症専門ケア加算(Ⅰ) 3単位/日(新設)

## 認知症専門ケア加算（Ⅱ） 4単位／日（新設）

### ①施設基準

#### ○認知症専門ケア加算（Ⅰ）

- ・施設における利用者総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上。
- ・認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が20人未満である場合にあっては、1以上、対象者の数が20人以上は、1に、対象者数が19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施。

#### ○認知症専門ケア加算（Ⅱ）

- ・加算（Ⅰ）の基準のいずれにも適合する。
- ・認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、事業所又は施設全体の認知症ケアの指導等を実施していること。
- ・施設における介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定している。

### （6）療養食加算の見直し

○1日単位（23単位）の算定から、1日3食を限度とし1食（8単位）単位で算定する。

### （7）機能訓練指導員にはり師、きゅう師が追加（介護予防特定施設入居者生活介護含む）

※通所介護、介護老人福祉施設等と同様に「6月以上機能訓練指導員としての勤務経験が必要」

### （8）その他

○ユニット型準個室について、実態を踏まえ、その名称を「ユニット型個室的多床室」に変更する。（他の介護保険施設も同様）

## 4. 短期入所療養介護

（1）基本報酬の区分変更と在宅復帰・在宅療養支援加算による見直し（介護予防短期入所療養介護を含む）など

○現行の在宅強化型と従来型の2区分から在宅強化型、基本型、その他（新設）と在宅復帰・在宅療養支援加算（Ⅰ）（Ⅱ）の新設評価により5区分で評価。その他は改定前の従来型より引下げ。他の区分は引上げ。5区分は介護老人保健施設で記載。

○介護療養型老人保健施設が提供する短期入所療養介護は「療養型」及び「療養強化型」の報酬を「療養型」に一元化し、療養体制維持特別加算を（Ⅰ）27単位（据え置き）と（Ⅱ）57単位（新設）に区分（参考）療養体制維持特別加算（Ⅱ）

入所者等のうち、喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者が20%以上及び著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患又は日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、専門医療を必要とする認知症高齢者の割合が50%以上

※療養体制維持特別加算（Ⅰ）との併算定可

### （2）介護医療院の短期入所生活介護の新設

I型療養床（従前の介護療養型医療施設）と2型療養型（老人保健施設相当）が新設。

※従前の介護療養型医療施設の報酬より25単位引上げ。ただし療養室等の療養環境の基準を満たさない場合には25単位を減算（1床8㎡以上の広さや廊下幅が基準を下回ると25単位減算）

### （3）認知症専門ケア加算の新設（短期入所生活介護と同様のため略）

認知症専門ケア加算（Ⅰ） 3単位／日（新設）

認知症専門ケア加算（Ⅱ） 4単位／日（新設）

### （4）療養食加算の見直し（短期入所生活介護と同様）

○1日単位（23単位）の算定から、1日3食を限度とし1食（8単位）単位で算定する。

(5) その他

○ユニット型準個室について、実態を踏まえ、その名称を「ユニット型個室的多床室」に変更する。(他の介護保険施設も同様)

5. 特定施設入居者生活介護費・地域密着型特定施設入居者生活介護

---

(1) 報酬の引上げ( )内は旧報酬

①特定施設入居者生活介護

イ 特定施設入居者生活介護費

- (1) 要介護1 534単位 (533単位)
- (2) 要介護2 599単位 (597単位)
- (3) 要介護3 668単位 (666単位)
- (4) 要介護4 732単位 (730単位)
- (5) 要介護5 800単位 (798単位)

ハ 短期利用特定施設入居者生活介護費

- (1) 要介護1 534単位 (533単位)
- (2) 要介護2 599単位 (597単位)
- (3) 要介護3 668単位 (666単位)
- (4) 要介護4 732単位 (730単位)
- (5) 要介護5 800単位 (798単位)

②地域密着型特定施設入居者生活介護の場合

- 要介護1 534単位 (533単位)
- 要介護2 599単位 (597単位)
- 要介護3 668単位 (666単位)
- 要介護4 732単位 (730単位)
- 要介護5 800単位 (798単位)

③介護予防特定施設入居者生活介護

- 要支援1 180単位 (179単位)
- 要支援2 309単位 (308単位)

(2) 退院・退所時連携加算(1日30単位)(介護予防特定施設入居者生活介護除く)(新設)

○入居から30日以内に限る

○医療提供施設(病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院)を退院・退所して特定施設に入居する利用者を受け入れることが算定要件。

○30日を超える病院、診療所への入院又は介護老人保健施設、介護医療院への入所後に当該指定特定施設に再び入居した場合も、算定可。

(3) 入居継続支援加算(1日36単位)(介護予防特定施設入居者生活介護除く)(新設)

○介護福祉士の数が、利用者の数が6又はその端数を増すごとに1以上

○たんの吸引等を必要とする者の占める割合が利用者の15%以上

(4) 生活機能向上連携加算(1月200単位)(介護予防特定施設入居者生活介護含む)(新設)

○個別機能訓練加算を算定している場合は1月100単位

○訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(原則として許可病床数200床未満のものに限る)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、特定施設入居者生活介護事業所等を訪問し、特定施設入居者生活介護事業所等の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成する。

○機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他職種の者が協働して、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を実施する。

※介護老人福祉施設、通所介護なども同様

(5) 若年性認知症入居者受入加算(1日120単位)(介護予防特定施設入居者生活介護含む)(新設)  
○受け入れた若年性認知症入居者ごとに個別の担当者を定めている

(6) 口腔衛生管理体制加算(1月30単位)(介護予防特定施設入居者生活介護含む)(新設)  
○歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合  
※(介護予防)認知症対応型共同生活介護にも新設

(7) 栄養スクリーニング加算(1回5単位)(6月に1回限度)(介護予防特定施設入居者生活介護含む)(新設)  
○利用者に対し、利用開始時及び利用中6か月ごとに栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報(当該利用者が低栄養状態の場合にあつては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む)(医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含む)を介護支援専門員に文書で共有した場合に算定する。  
○当該事業所以外で既に栄養スクリーニング加算を算定している場合は不可。

(8) 身体拘束廃止未実施減算10%/日減算(介護予防特定施設入居者生活介護含む)(短期入所除く)(新設)(他の介護保険施設の同様)  
○身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置を講じなければならないこととする。  
・身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録する。  
・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること。(※)  
・身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。  
・介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施する。  
※ 地域密着型特定施設入居者生活介護においては、運営推進会議を活用することができることとする。  
※他の介護保険施設、居住系施設も同様

(9) 短期利用特定施設入居者生活介護の利用者数の上限の見直し(介護予防特定施設入居者生活介護除く)  
○短期利用特定施設入居者生活介護の利用者数の上限を、現行の「定員の10%まで」から「1又は定員の10%まで」に変更された。

(10) 機能訓練指導員にはり師、きゅう師が追加((介護予防特定施設入居者生活介護含む)  
※通所介護、介護老人福祉施設等と同様に「6月以上機能訓練指導員としての勤務経験が必要」

## 6. 小規模多機能型居宅介護

(1) 基本報酬は据え置き

(2) 生活機能向上連携加算(介護予防小規模多機能型居宅介護を含む)の新設  
①生活機能向上連携加算(I) 100単位/月(新設)(連携するPT、OT、ST等が事業所で助言)  
・他の生活機能向上連携加算と同様連携するPT、OT、ST等からの助言(アセスメント・カンファレンス)を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、介護支援専門員が生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画を作成(変更)する  
・PT、OT、ST等事業所、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことを定期的実施  
②生活機能向上連携加算(II) 200単位/月(新設)(連携するPT、OT、ST等が自宅に訪問)  
・他の生活機能向上連携加算と同様連携するPT、OT、ST等が利用者宅を訪問し身体状況等の評価(生活機能アセスメント)を共同して行う  
・介護支援専門員が生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画を作成する

(3) 若年性認知症利用者受入加算の新設

○若年性認知症利用者受入加算 800 単位/月 (介護予防) は 450 単位/月

○受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めている。

(4) 栄養スクリーニング加算 (1 回 5 単位) (6 月に 1 回限度) (介護予防小規模多機能型居宅介護含む)  
(新設)

○利用者に対し、利用開始時及び利用中 6 か月ごとに栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報 (当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む) (医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含む。) について当該利用者を担当する介護支援専門員に文書で共有した場合に算定する。

○当該事業所以外で既に栄養スクリーニング加算を算定している場合は不可。

## 7. 認知症対応型共同生活介護

---

(1) 基本報酬は据え置き

(2) 医療連携体制加算の見直しにより 3 区分に (介護予防認知症対応型共同生活介護除く)

○医療連携体制加算 (Ⅰ) 39 単位/日 (据え置き)

○医療連携体制加算 (Ⅱ) 49 単位/日 (新設)

○医療連携体制加算 (Ⅲ) 59 単位/日 (新設)

※ (Ⅰ) から (Ⅲ) のいずれかを算定

①医療連携体制加算 (Ⅰ) 施設基準 (従前とおり)

(1) 事業所の又は病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により、看護師を 1 名以上確保。

(2) 看護師により 24 時間連絡できる体制を確保。

(3) 重度化対応指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対し、指針の内容を説明し、同意を得ている。

②医療連携体制加算 (Ⅱ) 施設基準

(1) 看護職員を常勤換算方法で 1 名以上配置。

(2) 事業所の看護職員又は病院、診療所、訪問看護ステーションの看護師との連携により、24 時間連絡できる体制を確保。ただし、(1) の配置看護職員が准看護師のみの場合は、病院、診療所、訪問看護ステーションの看護師により、24 時間連絡できる体制を確保。

(3) 前 12 月間に、次のいずれかに該当する状態の利用者が 1 人以上。

1) 喀痰吸引を実施している状態

2) 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態

(4) 重度化対応指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対し、指針の内容を説明し、同意を得ている。

③医療連携体制加算 (Ⅲ) 施設基準

(1) 看護師を常勤換算方法で 1 名以上配置。

(2) 事業所の看護師又は病院、診療所、訪問看護ステーションの看護師との連携により、24 時間連絡できる体制を確保。

(3) 重度化対応指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対し、指針の内容を説明し、同意を得ている。

(4) 前 12 月間に、次のいずれかに該当する状態の利用者が 1 人以上。

1) 喀痰吸引を実施している状態

2) 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態

(3) 短期利用認知症対応型共同生活介護の算定要件の見直し (介護予防認知症対応型共同生活介護を含む)

○利用者の状況や利用者の家族等の事情により、介護支援専門員が、緊急に短期利用認知症対応型共同生活介護を受けることが必要と認めた者に対し、居宅サービス計画において位置付けられていない短期利用認知症対応型共同生活介護を提供する場合であること

○当該利用者及び他の入居者の処遇に支障がない場合であって、個室において短期利用認知症対応型共同生活介護を行うことができること。

○緊急時の特例的な取扱いのため、短期利用認知症対応型共同生活介護を行った日から起算して7日を限度とする。また、当該入居期間中においても職員の配置数は人員基準上満たすべき員数を上回っていること。

○利用定員を超えて受け入れることができる利用者数は事業所ごとに1人までの受入を認め、定員超過利用による減算の対象とはならない。

○定員の範囲内で、空いている居室等を利用する。

(4) 身体拘束廃止未実施減算 10%/日減算 (介護予防特定施設入居者生活介護含む) (短期入所除く) (新設) (特定施設入居者生活介護などと同様)

(5) 入退院支援の評価の新設と初期加算の見直し (介護予防特定施設入居者生活介護含む)

①医療機関に入院した場合 (246 単位/1 日・1 月に 6 日限度) の評価の新設

○入居者が、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合で、入院後 3 月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該認知症対応型共同生活介護事業所に円滑に入居することができる体制を確保している。

○入院の初日及び最終日は、算定不可。

②初期加算の算定要件に以下が追加

○「30 日を超える病院又は診療所への入院後に認知症対応型共同生活事業所に再入居した場合も、算定可」

(6) 口腔衛生管理体制加算 (1 月 30 単位) (介護予防認知症対応型共同生活介護含む) (新設)

○歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月 1 回以上行っている場合

(7) 栄養スクリーニング加算 (1 回 5 単位) (6 月に 1 回限度) (介護予防認知症対応型共同生活介護含む) (新設)

○利用者に対し、利用開始時及び利用中 6 か月ごとに栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報 (当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む) (医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含む。) について計画作成担当者に文書で共有した場合に算定する。

○当該事業所以外で既に栄養スクリーニング加算を算定している場合は不可。

(8) 生活機能向上連携加算 (介護予防認知症対応型共同生活居宅介護を含む) の新設

○生活機能向上連携加算 (I) 200 単位/月 (新設) (連携する PT、OT、ST 等が事業所で助言)

・他の生活機能向上連携加算と同様連携する PT、OT、ST 等と利用者の身体の状態等の評価 (生活機能アセスメント) を共同して行い、計画作成担当者が生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画を作成する。

## 8. 介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

(1) 基本報酬の見直し

○介護福祉施設サービス費 (従来型個室)、ユニット型介護福祉施設サービス費 (ユニット型個室)、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費 (従来型個室)、ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費 (ユニット型個室) の報酬引上げ

・多床室も同様

○小規模介護福祉施設等の基本報酬の見直し

・小規模介護福祉施設 (定員 30 名) で 2018 年度以降に新設される施設は、通常の介護福祉施設と同様の報酬を算定。



・既存の小規模介護福祉施設及び経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（2005年度以前に開設した定員26～29名の施設）と他の種類の介護福祉施設の報酬の均衡を図る観点から、別に厚生労働大臣が定める期日以降、通常の介護福祉施設の基本報酬と統合する。

○小規模介護福祉施設、経過的地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の基本報酬引下げ

・経過的小規模介護福祉施設サービス費は小規模介護福祉施設サービス費に改称

○旧措置入所者の基本報酬は2018年度から、介護福祉施設等の基本報酬に統合。その結果、要介護1、要介護2は引下げ、要介護3は引上げ、要介護4引下げ、要介護5引上げとなった。

（2）身体拘束廃止未実施減算10%/日減算（特定施設入居者生活介護と同様のため略）

（3）夜勤職員配置加算の見直しと区分（Ⅲ）（Ⅳ）が新設

①夜勤職員配置加算

	<現行>	<改定後>
地域密着型		
従来型の場合	(Ⅰ) イ：41単位/日	⇒ 変更なし
経過型の場合	(Ⅰ) ロ：13単位/日	
ユニット型の場合	(Ⅱ) イ：46単位/日	
ユニット型経過型の場合	(Ⅱ) ロ：18単位/日	
		(Ⅲ) イ：56単位/日（新設）
		(Ⅲ) ロ：16単位/日（新設）
		(Ⅳ) イ：61単位/日（新設）
		(Ⅳ) ロ：21単位/日（新設）
広域型		
従来型（30人以上50人以下）の場合	(Ⅰ) イ：22単位/日	⇒ 変更なし
従来型（51人以上又は経過的小規模）の場合	(Ⅰ) ロ：13単位/日	
ユニット型（30人以上50人以下）の場合	(Ⅱ) イ：27単位/日	
ユニット型（51人以上又は経過的小規模）の場合	(Ⅱ) ロ：18単位/日	
		(Ⅲ) イ：28単位/日（新設）
		(Ⅲ) ロ：16単位/日（新設）
		(Ⅳ) イ：33単位/日（新設）
		(Ⅳ) ロ：21単位/日（新設）

②施設基準

現行の要件（夜勤時間帯の夜勤職員数：夜勤職員の最低基準+1名分の人員を多く配置）

に加えて、夜勤時間帯を通じて、看護職員を配置又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置（登録喀痰吸引等事業者として都道府県の登録が必要）が（Ⅲ）（Ⅳ）の要件となった。

③見守り機器を導入した場合の夜勤職員配置加算（Ⅰ）（Ⅱ）の要件として以下が追加

・夜勤時間帯の夜勤職員数：夜勤職員の最低基準+0.9名分の人員を多く配置

・入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者数の15%以上に設置している。

・施設内に見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われている。

（4）生活機能向上連携加算（1月200単位）（新設）

○個別機能訓練加算を算定している場合は1月100単位

○訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、事業所を訪問し、事業所の機能訓練指導員等と共同してアセスメント（利用者の心身の状況を勘案し、自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握する）及び利用者の身体状況等の評価をした上で、個別機能訓練計画を作成している。

○個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供している。

○機能訓練指導員等が理学療法士等と連携し、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月に1回以上評価し、必要に応じて利用者又はその家族に対して機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、訓練内容等の見直し等を行っている。

(5) 看取り介護加算が(Ⅰ)と(Ⅱ)の2区分となり算定要件見直し

○看取り介護加算(Ⅰ)(据え置き)(死亡月に加算)

- ・死亡日以前4日以上30日以下については1日につき144単位
- ・死亡日の前日及び前々日については1日につき680単位
- ・死亡日については1日につき1,280単位

★看取り介護加算(Ⅱ)新設(Ⅰ)と併算定不可。福祉施設内で死亡した場合に限り算定可

- ・死亡日以前4日以上30日以下については1日につき144単位
- ・死亡日の前日及び前々日については1日につき780単位
- ・死亡日については1日につき1,580単位

○施設基準

・看取り介護加算(Ⅰ)(現行)

(1) 常勤の看護師を1名以上配置し、当該福祉施設の看護職員により、又は病院、診療所、訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保している。

(2) 看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ている。

(3) 医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該介護老人福祉施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行う。

(4) 看取りに関する職員研修を行っている。

(5) 看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮を行う。

・(Ⅱ)は新設の「配置医師緊急時対応加算」の届出要

1 入所者に対する緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法及び曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法や診察を依頼するタイミングなどについて、配置医師と施設の間で、具体的な取り決めがなされている。

2 複数名の配置医師を置いていること、若しくは配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じて24時間対応できる体制を確保している。

3 上記の内容につき、届出を行っている。

4 看護体制加算(Ⅱ)を算定している。

(6) 配置医師緊急時対応加算の新設

○早朝・夜間の場合650単位/回

早朝(午前6時から午前8時まで)、夜間(午後6時から午後10時まで)

深夜の場合1300単位/回(深夜(午後10時から午前6時まで))

配置医師が施設の求めに応じ、施設を訪問して入所者に対し診療を行い、かつ、診療を行った理由を記録した場合に加算する。ただし、看護体制加算(Ⅱ)を算定していない場合は算定不可。

○施設基準

イ 入所者に対する注意事項や病状等についての情報共有、曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法、診療を依頼する場合の具体的な状況等について、配置医師と施設の間で、具体的な取り決めがなされている。

ロ 複数名の配置医師を置いていること又は配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じて24時間対応できる体制を確保している。

○運営基準に入所者の病状の急変等に備えるため、施設に対して、あらかじめ配置医師による対応その他の方法による対応方針を定めなければならないことが義務づけられた。

(7) 排せつ支援加算(100単位/月)(新設)(介護保険施設共通)

○排せつに介護を要する入所者(要介護認定調査の「排尿」または「排便」が「一部介助」または「全介助」である場合等)で、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止が見込まれる(要介護認定調査の「排尿」または「排便」の項目が「全介助」から「一部介助」以上に、また

は「一部介助」から「見守り等」以上に改善することを目安）と医師又は医師と連携した看護師が判断（看護師が判断する場合は、判断について事前又は事後の医師への報告を要する）し、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、事前の医師への相談を要する者に対して、施設の医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成する。

○計画に基づく支援を継続して実施した場合は、支援開始月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき加算。ただし、同一入所期間中には再算定不可。

（8）褥瘡マネジメント加算 10 単位／月（新設）（3 月に 1 回を限度）（介護老人保健施設も同様）

①施設基準の届出をした施設において、継続的に入所者ごとの褥瘡管理をした場合、3 月に 1 回を限度として、所定単位数を加算。

②施設基準

1) 入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも 3 月に 1 回、評価を行い、その評価結果を厚生労働省に報告する。

2) 1) の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、介護職員、介護支援専門員その他の職種が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成している。

3) 入所者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者の状態について定期的に記録している。

4) 1) の評価に基づき、少なくとも 3 月に 1 回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直している。

（9）在宅サービスを利用したときの費用 560 単位／日（新設）

○入所者に対して居宅への外泊を認め、入所者が、施設により提供される在宅サービスを利用した場合は、1 月に 6 日を限度として所定単位数に代えて 1 日につき算定する。

○外泊の初日及び最終日は算定不可。外泊時費用と併算定不可。

（10）障害者生活支援体制加算が 2 区分に見直し

<現行>

障害者生活支援体制加算 26 単位／日

<改定後>

障害者生活支援体制加算（Ⅰ）26 単位／日

障害者生活支援体制加算（Ⅱ）41 単位／日（新設）

①視覚、聴覚若しくは言語機能に重度の障害がある者又は重度の知的障害者若しくは精神障害者の数（「入所障害者数」）が 15 人以上の施設に加え、入所障害者数が入所者総数の 30%以上の施設も対象となった。

②障害者生活支援体制加算（Ⅱ）の要件

入所障害者数が入所者総数の 50%以上、かつ、専ら障害者支援専門員としての職務に従事する常勤職員を 2 名以上配置（入所障害者数が 50 名以上の場合は、専従・常勤の障害者生活支援員を 2 名以上配置し、かつ、障害者生活支援員を常勤換算方法で入所障害者数を 50 で除した数に 1 を加えた以上を配置。

（11）口腔衛生管理加算の算定要件見直しと報酬引下げ（介護保険施設共通）

<現行>

口腔衛生管理加算 110 単位／月

⇒

<改定後>

90 単位／月

○算定要件等

①口腔衛生管理体制加算※が算定されている場合

※口腔衛生管理体制加算の基準

歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者又は入院患者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されている。

②歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月 2 回以上（改定前は月 4 回以上）行った場合

○歯科衛生士が、口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言を及び指導を行った場合（新設要件）

○歯科衛生士が、口腔に関し、介護職員からの相談等に必要に応じ対応した場合（新設要件）

（１２）栄養マネジメント加算の要件緩和（報酬据え置き）

○常勤の管理栄養士１名以上の配置に関する要件について、同一敷地内の介護保険施設（１施設に限る）との栄養ケア・マネジメントの兼務の場合にも算定が認められた。

（１３）低栄養リスク改善加算 300 単位／月（新設）（介護保険施設共通）

○算定要件等

①栄養マネジメント加算を算定している施設

②経口移行加算・経口維持加算と併算定不可

③対象は低栄養リスクが「高」の入所者

④新規入所時又は再入所時のみ算定可能

⑤月１回以上、多職種が共同して入所者の栄養管理をするための会議を行い、低栄養状態を改善するための特別な栄養管理の方法等を示した栄養ケア計画を作成する（作成した栄養ケア計画は月１回以上見直す）。

⑥計画について、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得る

⑦作成した栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等は対象となる入所者に対し食事の観察を週５回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事・栄養調整等を行う

⑧入所者又はその家族の求めに応じ、栄養管理の進捗の説明や栄養食事相談等を適宜行う。

⑨入所者又はその家族の同意を得られた月から起算して６か月以内の期間に限る。６月を超えた場合は、原則として算定しない。

（１４）再入所時栄養連携加算 400 単位／回（新設）（介護保険施設共通）

○算定要件等

①入所者が医療機関に入院し、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合（経管栄養又は嚥下調整食の新規導入）であって、施設の管理栄養士が医療機関での栄養食事指導に同席し、再入所後の栄養管理について医療機関の管理栄養士と相談の上、栄養ケア計画の原案を作成し、当該施設へ再入所した場合に、１回に限り算定。

②栄養マネジメント加算を算定している。

（１５）身体拘束廃止未実施減算の見直し（介護保険施設共通）

①5 単位／日減算から 10%／日減算となり、算定要件が以下に見直し。

②算定要件

○身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置を講じなければならないこととする。

・身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録する。

・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を３月に１回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図る。（※）

・身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。

・介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施する。

（※）地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は、運営推進会議を活用することができる。

（１６）療養食加算の見直し（介護保険施設共通）

・１日単位（18 単位）から１食を１回 6 単位（１日 3 食限度）に見直し

（１７）機能訓練指導員にはり師、きゅう師が追加

※通所介護等と同様に「６月以上機能訓練指導員としての勤務経験が必要」

（１８）その他

○ユニット型準個室について、実態を踏まえ、名称を「ユニット型個室的多床室」に変更。

## 9. 介護老人保健施設

(1) 基本報酬の区分変更と在宅復帰・在宅療養支援加算による見直しなど  
 ○現行の在宅強化型と従来型の2区分から在宅強化型、基本型、その他(新設)と在宅復帰・在宅療養支援加算(Ⅰ)(Ⅱ)の新設評価により5区分で評価。その他は改定前の従来型より引下げ。他の区分は引上げ。

介護老人保健施設の基本報酬5区分

区分/要件	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他(左記以外)
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)		在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)		
在宅復帰・在宅療養支援等指標(最高値:90)	70以上	60以上	40以上	20以上	左記要件を満たさない
退所時指導等(要件) a: 退所時指導 入所者の退所時に、入所者及び家族等に対し、退所後の療養上の指導を実施。 b: 退所後の状況確認入所者の退所後30日※以内に、その居宅を訪問又は居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅生活が1月※以上(要介護4と5は14日間)継続する見込みであることを確認し、記録している。	要件あり				
リハビリテーションマネジメント(要件) 入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っている。	要件あり				
地域貢献活動(要件・※介護療養型の療養機能強化型の要件を想定) 地域住民への健康教室、認知症カフェ等、地域住民相互及び地域住民と当該施設入所者等との交流に資するなど地域の高齢者に活動と参加の場を提供するものであるよう努めること等が想定できる。	要件あり		要件なし		
充実したリハビリテーション(要件) 少なくとも週3回程度以上のリハビリテーションを実施	要件あり		要件なし		

在宅復帰・在宅療養支援等指標

区分	在宅復帰在宅療養支援機能加算（Ⅰ）（Ⅱ）の機能要件	要件比率などと得点			
				50%超	50%以下 30%超
A	前6月間の在宅復帰率(入所期間1月間超の退所者)の占める割合	20	10	0	
				0	
B	ベッド回転率(30.4÷平均在所日数)	10%以上	10%未満 5%以上	5%未満	
		20	10	0	
C	前3月間の入所前後訪問指導実施割合(入所期間が1月超と見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定(退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合は同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合を含む)	30%以上	30%未満 10%以上	10%未満	
		10	5	0	
D	前3月間の退所前後訪問指導実施割合(入所期間1月超と見込まれる者の退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者(退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合は、同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行った場合を含む。)	30%以上	30%未満 10%以上	10%未満	
		10	5	0	
E	訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護の実施(併設する病院、診療所、介護老人保健施設及び介護医療院を含む)数	すべて実施	2種類実施	1種類実施	未実施
		5	3	2	0
F	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(常勤換算)数/入所者数×100	5人以上	5人未満 3人以上	3人未満	
		5	3	0	
G	支援相談員(常勤換算)数/入所数×100	5人以上	5人未満 2人以上	2人未満	
		5	3	0	
H	前3月の要介護4、5の比率	50%以上	50%未満 35%以上	35%未満	
		5	3	0	
I	前3月の喀痰吸引実施者比率	10%以上	10%未満 5%以上	5%未満	
		5	3	0	
J	前3月の経管栄養実施者比率	10%以上	10%未満 5%以上	5%未満	
		5	3	0	
合計 20以上が在宅復帰在宅療養支援機能加算(Ⅰ)(34単位・基本型のみ)。60以上が在宅復帰在宅療養支援機能加算(Ⅱ)(46単位・在宅強化型のみ)(介護老人保健施設の短期入所療養介護)					
合計 40以上が在宅復帰在宅療養支援機能加算(Ⅰ)(34単位・基本型のみ)。70以上が在宅復帰在宅療養支援機能加算(Ⅱ)(46単位・在宅強化型のみ)(介護老人保健施設)					

(2) 介護療養型老人保健施設が提供する「療養型」及び「療養強化型」の報酬を「療養型」に一元化し(報酬は療養型据え置き)、療養体制維持特別加算を(Ⅰ)27単位(据え置き)と(Ⅱ)57単位(新設)に区分

(参考) 療養体制維持特別加算(Ⅱ)

入所者等のうち、喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者が20%以上及び著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患又は日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見ら

れ、専門医療を必要とする認知症高齢者の割合が50%以上

※療養体制維持特別加算（Ⅰ）との併算定可

（3）所定疾患施設療養費が見直しされ2つに区分

<現行>

所定疾患施設療養費 305 単位/日

<改定後>

⇒ 所定疾患施設療養費（Ⅰ） 235 単位/日

所定疾患施設療養費（Ⅱ） 475 単位/日（新設）

（Ⅰ）（Ⅱ）は併算定不可

①所定疾患施設療養費（Ⅰ）（報酬引下げ・算定要件以下に見直し）

1）診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載している。

2）算定開始年度の翌年度以降、当該施設の前年度における入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表している。

②所定疾患施設療養費（Ⅱ）（新設）

1）診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等（近隣の医療機関と連携し実施した検査等を含む）を診療録に記載している。

2）算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表している。

3）施設の医師が感染症対策に関する研修を受講している。

※介護給付費明細書の摘要欄に診療内容を記載することも必要。

（4）かかりつけ医連携薬剤調整加算 125 単位/日（新設）

○算定要件

次の基準①から③に適合する入所者に対し、入所者に処方する内服薬の減少について退所時又は退所後1月以内に入所者の主治の医師に報告し、その内容を診療録に記載した場合は、1人につき1回を限度として退所時に加算。

①6種類以上の内服薬が処方されており、処方の内容を施設の医師と入所者の主治医師が共同し、総合的に評価及び調整し、入所者に処方する内服薬を減少させることについて施設の医師と主治医師が合意している者

②当該合意された内容に基づき、施設の医師が、入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べ1種類以上減少させた者

③退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ1種類以上減少している者

（5）排せつ支援加算（100 単位/月）（新設）（介護保険施設共通）（省略）

（6）褥瘡マネジメント加算 10 単位/月（新設）（3月に1回を限度）（介護老人福祉施設とも同様ため省略）

（7）在宅サービスを利用したときの費用 800 単位/日（新設）

○入所者に対して居宅への外泊を認め、入所者が、施設により提供される在宅サービスを利用した場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき算定する。

○外泊の初日及び最終日は算定不可。外泊時費用と併算定不可。

（8）口腔衛生管理加算の算定要件見直しと報酬引下げ（介護保険施設共通）（介護老人福祉施設と同様のため省略）

（9）栄養マネジメント加算の要件緩和（報酬据え置き）（介護老人福祉施設と同様のため省略）

○常勤の管理栄養士1名以上の配置に関する要件について、同一敷地内の介護保険施設（1施設に限る）との栄養ケア・マネジメントの兼務の場合にも算定が認められた。

(10) 低栄養リスク改善加算 300 単位/月 (新設) (介護保険施設共通) (介護老人福祉施設と同様の  
ため省略)

(11) 再入所時栄養連携加算 400 単位/回 (新設) (介護保険施設共通) (介護老人福祉施設と同様の  
ため省略)

(12) 身体拘束廃止未実施減算の見直し (介護保険施設共通のため省略)

(13) 療養食加算の見直し (介護保険施設共通のため省略)

(14) その他

○ユニット型準個室について、実態を踏まえ、名称を「ユニット型個室的多床室」に変更。

## 10. 介護医療院 (新設)

(1) 介護医療院の基準

### ①サービス提供単位

I型とII型のサービスは、介護療養病床において病棟単位でサービスが提供されていることに鑑み、療養棟単位で提供できる。ただし、規模が小さい場合については、これまでの介護療養病床での取扱いと同様に、療養室単位でのサービス提供を可能となった。

### ②人員配置

開設に伴う人員基準は、日中・夜間を通じ長期療養を主目的としたサービスを提供する観点から、介護療養病床と介護療養型老人保健施設の基準を参考に、

1) 医師、薬剤師、看護職員、介護職員は、I型とII型に求められる医療・介護ニーズを勘案して設定し、

2) リハビリテーション専門職、栄養士、放射線技師、その他の従業者は施設全体として配置することを念頭に設定された。

### ③設備

○療養室は、定員4名以下、1人あたり床面積を8.0㎡/人以上とし、療養環境をより充実する観点から、4名以下の多床室でもプライバシーに配慮した環境になるよう努めることになった。

また、療養室以外の設備基準は、介護療養型医療施設で提供される医療水準を提供する観点から、診察室、処置室、機能訓練室、臨床検査設備、エックス線装置等を求めるられた。医療設備は、医療法等において求められている衛生面での基準との整合性が図られた。

### ○設備基準の緩和

(例) 療養室の床面積：大規模改修するまでの間、床面積を6.4㎡/人以上で可とする。

廊下幅(中廊下)：大規模改修するまでの間、廊下幅(中廊下)を、1.2(1.6)m以上(内法)で可とする。

直通階段・エレベーター設置基準：大規模改修するまでの間、屋内の直通階段を2以上で転換可能とする。

### ④運営

運営基準は、介護療養型医療施設の基準と同様としつつ、他の介護保険施設との整合性や長期療養を支えるサービスという観点も鑑みて設定される。なお、これまで病院として求めていた医師の宿直については引き続き求めることとするが、一定の条件を満たす場合等に一定の配慮が行われた。

### ⑤医療機関との併設の場合の取扱い

医療機関と併設する場合については、医療資源の有効活用の観点から、宿直の医師を兼任できるようにする等の人員基準の緩和や設備の共用が可能となった。

### ⑥ユニットケア

他の介護保険施設でユニット型を設定していることから、介護医療院でもユニット型を設定された。



(2) 介護医療院の基本報酬等

①基本報酬の評価方法

- ・ I 型は現行の介護療養病床（療養機能強化型）を参考とし、
- ・ II 型では介護老人保健施設の基準を参考としつつ、24 時間の看護職員の配置が可能となることに考慮し設定された。

その上で、介護医療院の基本報酬は、I 型、II 型に求められる機能を踏まえ、それぞれに設定される基準に応じた評価を行い、一定の医療処置や重度者要件等を設けメリハリをつけた評価となったとともに、介護療養病床よりも療養室の環境を充実させていることも合わせて評価された。

②基本報酬の施設基準等

- 1) I 型基本サービス費 (I) の場合の医療処置又は重度者要件

○新設された I 型介護医療院サービス費 (I) (II) (III) の算定基準などは以下のとおり

適合基準(以下いずれも適合する)○は算定日前月 3 月間の率/入院等患者	I 型介護医療院 (サービス費 (I))	I 型介護医療院 (サービス費 (II) (III))
○重篤な身体疾患※1 及び身体合併症を有する認知症高齢者率※2	50%以上	50%以上
○喀痰吸引、経管栄養※3、インスリン注射実施患者率※4		30%以上
○① 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した率	10%以上	5%以上
○②入院患者または家族等の同意を得たターミナルケア計画作成率		
○③医師、看護師、介護職員等が共同し、患者の状態または家族の求め等に応じ随時、本人または家族への説明を行い、同意を得たターミナルケア実施率※5		
生活機能を維持改善するリハビリテーション※6	実施している	
地域に貢献する活動※7	実施している	

2) 新設された II 型介護医療院の場合の医療処置又は重度者要件

- ・ 下記のいずれかを満たすこと

- ①喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者の占める割合が 15%以上
  - ②著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が 20%以上
  - ③著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患又は日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が 25%以上
- ・ ターミナルケアを行う体制がある

介護医療院の対象者などの留意点	
項目	留意点
※1 重篤な身体疾患を有する者	① NYHA 分類 III 以上の慢性心不全の状態 ② Hugh-Jones 分類IV以上の呼吸困難の状態または連続する 1 週間以上人工呼吸器を必要としている状態 ③ 各週 2 日以上的人工腎臓の実施が必要であり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症を有する状態。なお、人工腎臓の実施については、他科受診によるものであっても差し支えない。 イ 常時低血圧(収縮期血圧が 90mmHg 以下) ロ 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの ハ 出血性消化器病変を有するもの ニ 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの ④ Child-Pugh 分類 C 以上の肝機能障害の状態 ⑤ 連続する 3 日以上、JCS100 以上の意識障害が継続している状態 ⑥ 現に経口により食事を摂取している者であって、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影(医科診療報酬点数表中「造影剤使用撮影」)または内視鏡検査(医科診療報酬点数表中「喉頭ファイバースコーピー」)により誤嚥が認められる(喉頭侵入が認められる場合を含む。)状態 等
※2 身体合併症を有する認知症高齢者	① 認知症であって、悪性腫瘍等と診断された者 ② 認知症高齢者の日常生活自立度のランク III b、IV、M に該当する者 等
※3 経管栄養の実施	経鼻経管、胃ろう、腸ろうによる栄養の実施を指す。ただし、診療所型介護療養

	施設サービスは、経鼻経管、胃ろう、腸ろう、中心静脈栄養による栄養の実施を指す。また、過去1年間に経管栄養が実施されていた者であって、経口維持加算を算定者は、経管栄養が実施されている者として取り扱う。
※4 インスリン注射の実施	自ら実施する者は除く
※5 ターミナルケアの割合	基準①から③までのすべてに適合する入院患者の入院延べ日数が、全ての入院患者等の入院延べ日数に占める割合が、基準を満たすこと。
※6 生活機能を維持改善するリハビリテーション	可能な限りその入院患者の居宅における生活への復帰を目指し、日常生活動作を維持改善するリハビリテーションを、医師の指示を受けた作業療法士を中心とする多職種の間によって、療養生活の中で随時行うこと 等
※7 地域に貢献する活動	地域住民への健康教室、認知症カフェ等、地域住民相互及び地域住民と当該施設の入所者等との交流に資するなど地域の高齢者に活動と参加の場を提供するものであるよう努めること 等

### 3) 基本報酬と加算及び減算

新設された介護医療院の報酬から療養環境減算（Ⅰ）25単位などを除くと介護療養型医療施設と同額であり、かつ介護医療院に転換した場合に1年間算定できる「移行定着支援加算93単位/日」が新設された。

#### ①移行定着支援加算93単位/日（新設）の算定要件

- 介護療養型医療施設、医療療養病床又は介護療養型老人保健施設から転換した介護医療院である場合
- 転換を行って介護医療院を開設した等の旨を地域の住民に周知するとともに、介護医療院の入所者やその家族等への説明に取り組んでいる。
- 入所者及びその家族等と地域住民等との交流が可能となるよう、地域の行事や活動等に積極的に関与している。

#### ②療養環境減算（1日につき）

イ 療養環境減算（Ⅰ）25単位   ロ 療養環境減算（Ⅱ）25単位

イ 療養環境減算（Ⅰ）に係る施設基準

介護医療院の療養室に隣接する廊下の幅が、内法による測定で、1.8メートル未満。（両側に療養室がある廊下の場合は、内法による測定で、2.7メートル未満）

ロ 療養環境減算（Ⅱ）に係る施設基準

介護医療院の療養室に係る床面積の合計を入所定員で除した数が8㎡未満。

#### ③その他介護療養型医療施設に評価されていた加算は介護医療院でも新設される

「認知症専門ケア加算」、「若年性認知症患者受入加算」、「認知症行動・心理症状緊急対応加算」、「栄養マネジメント加算」

また、他の介護保険施設で新設された「排せつ支援加算（100単位/月）」、「口腔衛生管理加算90単位/月（要件見直し）」、「低栄養リスク改善加算300単位/月（新設）」、「再入所時栄養連携加算400単位/回（新設）」

併せて「身体拘束廃止未実施減算10%/日減算（新設）」や「ユニットケアの減算」「外泊中の取り扱い」「他医療機関受診の取り扱い」「介護医療院が居宅サービスを提供する場合（新設）1日800単位」「初期加算」「退所時指導等加算」「療養食加算」なども他の介護保険施設と同様の取り扱い。

#### （3）特別診療費（特定診療費から改称）

○感染対策指導管理（1日につき）5単位から6単位に引上げ

○褥瘡対策指導管理（1日につき）5単位から6単位に引上げ

※介護療養型医療施設の特別診療費も同様。

その他はすべて特定療養費と同じ取り扱い。

#### （4）DPCコードの記載

○慢性期における医療ニーズに関する、要介護度や医療処置の頻度以外の医療に関する情報を幅広く収集する観点から、療養機能強化型以外の介護療養型医療施設も、その入所者の介護給付費明細書に医療資源を最も投入した傷病名を医科診断群分類（DPCコード）により記載することが求められる。（一定の経過措置期間あり）。

宮坂 佳紀（メディカル・テン代表/公益社団法人京都府介護支援専門員会顧問）